



Secuelas que presentan los menores que viven en ambientes con violencia de género.

Trabajo de fin de grado
Revisión Narrativa

Universidad Autónoma de Madrid
Grado de enfermería
Curso académico: 2018/2019

Autora: Sandra Platero Tortosa

Tutora: Juana Robledo

INDICE

| | |
|---|-----------|
| RESUMEN | 1 |
| ABSTRACT | 2 |
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 3 |
| 1.1. Contextualización. | 4 |
| 1.1. Medidas Legislativas | 5 |
| 2. JUSTIFICACIÓN | 9 |
| 3. OBJETIVOS | 10 |
| 3.1 Objetivo general..... | 10 |
| 3.2 Objetivos específicos | 10 |
| 4. METODOLOGÍA | 11 |
| 5. RESULTADOS..... | 15 |
| 5.1 Secuelas en las diferentes etapas del desarrollo del menor como consecuencia de la exposición a violencia de género. | 15 |
| 5.2 Secuelas en la edad adulta como consecuencia de la exposición a violencia de género durante la infancia..... | 20 |
| 5.3 Alteraciones en el rol paternal como consecuencia de situaciones de violencia de pareja dentro del núcleo familiar | 23 |
| 5.4 Creencias e intervenciones en el ámbito sanitario frente a situaciones de violencia de género. | 24 |
| 6. CONCLUSIONES..... | 30 |
| 7. LIMITACIONES:..... | 32 |
| 8. RECOMENDACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN..... | 33 |
| 9. AGRADECIMIENTOS | 34 |
| 10. BIBLIOGRAFÍA | 35 |
| ANEXO I | 40 |
| ANEXO II..... | 41 |
| ANEXO III..... | 47 |
| ANEXO IV | 48 |

RESUMEN

Introducción: Los hijos de víctimas de violencia de género siguen siendo considerados invisibles, a pesar de la alta prevalencia que continúa habiendo en el siglo XXI. Estos pueden ser víctimas directas o indirectas de la situación de violencia de pareja, causándoles desajustes en diferentes aspectos de sus vidas. Este problema conlleva un elevado coste sanitario y social, dado que las víctimas muestran alteraciones en distintas esferas vitales, incluso renuncian a llevar a cabo el autocuidado, afectando a su vez a la crianza de sus hijos.

Objetivo: Analizar las secuelas que presentan los menores que viven en ambientes con violencia de género.

Metodología: se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases de datos “Scielo”, “PubMed”, “Cuiden”, “Dialnet” y “Cinahl”, además de explorar canales informales.

Resultados: La violencia de género se encuentra en la actualidad muy reconocida como problema de salud pública, pero la inclusión de los hijos como víctimas sigue siendo escasa, aunque si bien es cierto que, se conocen la diversidad de problemas que causa y la influencia de la violencia en el desarrollo del menor. Por otro lado, existen una gran variedad de medidas de actuación, pero muchas no se llevan a cabo, debido a la presencia de barreras que lo impiden.

Conclusión: Es necesario desarrollar más estudios sobre las secuelas que deja en los menores la violencia de género, con el fin de promover que las intervenciones que se encuentran en la evidencia científica se lleven a cabo, y de esta forma se minimicen las consecuencias, no solo con la intervención sino abordando el problema desde la prevención.

ABSTRACT

Introduction: The children of victims of gender violence are still considered invisible, despite the high prevalence that exist in the 21st century. They can be victims in a direct or indirect way, causing imbalances in different aspects of their lives. This problem entails a high health and social cost, because the victims show variations in different vital spheres, even renounce to carry out self-care, affecting also in the way of taking care of their children.

Objective: Analyze the consequences of children living in environments with gender violence.

Methodology: a bibliographic search is carried out in the databases "SciELO", "PubMed", "Cuiden", "Dialnet" and "Cinahl", besides exploring informal channels.

Results: Gender violence is currently well recognized as a public health problem, but the inclusion of children as victims is not enough, although it is true that the diversity of problems that it causes and the influence of the violence in the development of the minor is taken into account. On the other hand, there is a wide variety of interventions proposed, but many of them are not carried out, due to the presence of barriers that keep off them.

Conclusion: It is necessary to develop more studies about the consequences that gender violence causes in minors, in order to promote that the interventions found in the scientific evidence are carried out, and in this way the consequences will be minimized, but not only with the intervention, also taking into account the problem from the prevention.

1. INTRODUCCIÓN

La violencia de género ha permanecido oculta a lo largo de la historia. Durante muchos años se ha vivido en una sociedad patriarcal, donde el hombre ha sido y continúa siendo considerado la figura de poder en muchos ámbitos de la vida cotidiana, incluyendo dentro de estos, el núcleo familiar.

En el año 1999 El Consejo de Europa unificó los términos de “violencia familiar” y “violencia doméstica” definiéndolos como, *“toda forma de violencia física, sexual o psicológica que pone en peligro la seguridad o el bienestar de un miembro de la familia”*. Dentro de la violencia familiar encontramos el abuso en las relaciones de pareja, que ha cobrado fuerza progresivamente, hasta ser considerado un problema de salud pública, que viola los derechos de las mujeres, y a su vez, constituye la segunda forma de abuso más habitual en la sociedad. ⁽¹⁾

La OMS define la violencia de pareja como *“comportamiento de la pareja o expareja que causa daño físico, sexual o psicológico, incluidas la agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y las conductas de control.”* ⁽¹⁾ El núcleo familiar está compuesto por los progenitores y sus hijos, que se retroalimentan entre ellos. De forma que si existe un conflicto entre los padres esté influirá directa o indirectamente a los menores.

En este tipo de violencia, tanto hombres como mujeres pueden ser agredidos, aunque en mayor medida estas últimas suelen ser las víctimas, sin olvidarnos de los hijos que igualmente se ven afectados ⁽²⁾. Es por esto por lo que Marcelli y Ajuriaguerra afirmaron que *“La violencia doméstica esconde a un niño o a una niña maltratada”*. ⁽³⁾

La Convención de derechos del niño incluye dentro de la definición de maltrato en el menor no solo cualquier forma de violencia física o psicológica directa hacia el menor, sino también los efectos indirectos del acto violento sobre los niños, dado que, crecen considerando que la violencia es una forma de reacción modelo y normal entre personas adultas. ⁽⁴⁾

El vivir en un ambiente de violencia de género conlleva una gran cantidad de repercusiones en los miembros más jóvenes de la familia, manifestándose en todas las esferas del desarrollo humano: físico, cognitivo, afectivo, social, emocional..., generando así un grave riesgo para el bienestar del menor. ⁽⁵⁾

La exposición de los hijos a situaciones de violencia se puede clasificar en dos grupos, siendo considerados ambos como una forma de maltrato hacia este. Por un lado, la violencia directa, en la que el niño la sufre en su propia piel y por otro lado la violencia indirecta, observando las consecuencias inmediatas de ese conflicto, escuchando conversaciones de otras personas sobre el episodio ocurrido, estando presente en el episodio conflictivo, escuchando este sin estar presente o incluso sufrirlo durante el embarazo de la madre. Además, pueden darse ambos tipos de exposición, en este caso el niño sería víctima de lo que se denomina “doble golpe”.^(5,6)

1.1. Contextualización.

En 2013 la OMS junto con la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Consejo de Investigación Médica de Sudáfrica, desarrollaron un estudio en el que los datos de más de 80 países fueron analizados, concluyendo que: *“a nivel mundial una de cada tres mujeres (35%) había sido objeto de violencia física o violencia sexual bien dentro o fuera de la pareja. Las estimaciones de prevalencia de la violencia de pareja oscilan entre el 23,2% en los países de ingresos altos y el 24,6% en la región del Pacífico Occidental, al 37% en la región del Mediterráneo Oriental y el 37,7% en la región de Asia Sudoriental”*.⁽¹⁾

En España, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) en el año 2017 se puede observar un aumento del 2,6% (29.008 casos) de mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja o expareja con respecto al año 2016. **(Ilustración 1, Anexo I).**⁽⁷⁾

En este mismo año, la lista por comunidades autónomas estaba encabezada por Andalucía (6.982), seguida de la Comunidad Valenciana (4.196) y en tercer lugar se encuentra la Comunidad de Madrid (3.552). Por el contrario, Ceuta, Melilla y La Rioja fueron las tres con menos casos. Con respecto al año 2016 en Andalucía aumentaron los casos un 1%, en la Comunidad Valenciana un 3,2%, y en Madrid han aumentado en un 11%. Mientras que Ceuta, Melilla y La Rioja han continuado en la misma posición durante los últimos 5 años.⁽⁷⁾

Es desconcertante el gran número de casos en la población más joven (15-19 años), aunque las mayores tasas se dan en mujeres de edad media, rango que ha ido aumentando, y hoy en día permanece en la posición más alta. Mientras que, por otro

lado, en las mujeres mayores de 50 años la prevalencia va disminuyendo progresivamente hasta los 75 años, edad en la que las tasas son muy bajas. ⁽⁸⁾

Esto se confirma con los últimos datos publicados por el ministerio de igualdad que confirman la tendencia ascendente de mujeres víctimas mortales por violencia de género (**Ilustración 2 Anexo I**), siendo el grupo más joven el más afectado. ⁽⁷⁾

En España hay alrededor de 188.000 menores que presencian actos de violencia en el núcleo familiar y aproximadamente 275 millones de niños a nivel mundial son expuestos a dichas situaciones. ^(7,9)

Según la Macroencuesta sobre Violencia contra la Mujer 2015, *“un 63,6% de las mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja o expareja, afirma que “los hijos e hijas presenciaron o escucharon alguna de las situaciones de violencia”. Del porcentaje anterior, el 92,5% declara que “los hijos e hijas eran menores de 18 años cuando sucedieron los hechos”. Y de este, el 64,2% confirma que los hijos sufrieron a la vez la violencia en su propia piel.”* ⁽¹⁰⁾

Los datos estadísticos reflejan como los hijos son un segmento de la sociedad gravemente afectado por la violencia de pareja en el núcleo familiar. En la **Ilustración3 Anexo I** quedan reflejados los datos de los menores víctimas mortales por violencia de género. ^(7,11)

1.1. Medidas Legislativas

En el año 1946 se creó la comisión de la condición jurídica y social de la mujer, que trata de promover a nivel internacional la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer, fomentando el cumplimiento a nivel mundial de los derechos de la mujer. ⁽¹²⁾

La declaración de Beijing fue adoptada por la ONU en 1995, durante la cuarta conferencia mundial sobre la mujer. En esta se afirmó que es necesario tratar los derechos de la mujer como un plan integral e indivisible dentro de los derechos humanos además de reevaluar el comportamiento de las relaciones entre hombres y mujeres en la sociedad. ⁽¹³⁾

Fue en 2006 cuando Unicef promulgó en el informe *Behind Closed Doors. The Impact of Domestic Violence on Children* tratando la vulnerabilidad de los niños que

sufren, junto a sus madres, violencia por parte de la pareja de esta. En este informe, se reconoce a los hijos como grandes víctimas del maltrato debido a la exposición directa al acto violento, causando alteraciones en su desarrollo y bienestar. ^(14,15)

Por otro lado, la ONU en 2011, remarcó en el número 13 de la observación general durante el comité de los derechos del niño, que ser objeto de violencia o convivir con la violencia doméstica es una forma más de maltrato y/o negligencia para la infancia (art.19). ⁽¹⁶⁾

A nivel europeo, el Parlamento publicó en la Resolución del 5 de abril de 2011 las prioridades y líneas generales del nuevo marco político de la UE para hacer frente a la violencia contra las mujeres, incluyendo en los puntos 5 y 6 que *“Presenciar violencia física, psicológica o sexual entre los progenitores produce un grave impacto en los niños y, solicita a los estados miembros la implementación de intervenciones psicosociales adaptadas a las características de esta experiencia traumática”*. ⁽¹⁶⁾

En mayo de ese mismo año en Estambul, el consejo de Europa presentó un nuevo convenio en el cual se aborda la prevención y la lucha contra la violencia hacia las mujeres y la violencia doméstica, enfatizando la participación y el compromiso de los estados para desarrollar aquellas medidas necesarias para así proteger en su totalidad los derechos de los niños, además de abordar las necesidades que surjan en aquellos que sean testigos de violencia familiar (art. 26.1). Destacan medidas como la creación de consejos psicosociales adaptados a la edad del menor encargado a su vez de velar por este como figura de máxima importancia. (art. 26.2). Este convenio no fue avalado por España hasta el año 2014. ⁽¹⁶⁾

En el año 2010, Save the Children presenta el proyecto Daphne III desarrollado por la Comisión Europea como iniciativa para promover la idea de que *“En la violencia no hay una sola víctima”* con el fin de perfeccionar la asistencia a los hijos de mujeres víctimas de violencia de pareja. ^(9,17)

Centrándonos en la protección del menor a nivel nacional, es imprescindible destacar *“la Ley Orgánica 1/2004 de medidas de protección integral contra la violencia de género”*, en la que se destaca que *“Las situaciones de violencia sobre la mujer afectan también a menores que se encuentran dentro de su entorno familiar, víctimas directas e indirectas de esta violencia”*. ^(17,18)

Esta ley desarrolla medidas en diferentes sectores: educativo, asistencial, publicitario, sanitario, judicial..., destinadas todas ellas a paliar las necesidades que surgen en la vida familiar, haciendo hincapié en los hijos. Entre estas destacan: el **artículo 5** en el que se promueve *“la escolarización inmediata de los menores en caso de violencia de género, siempre y cuando, se produzca un cambio de domicilio por esta razón”*. En el **artículo 19** se insiste en el *“derecho a la asistencia social integral (es decir, acceso a servicios sociales de atención, de emergencia, apoyo, acogida y recuperación) de los hijos menores a cargo de mujeres víctimas de violencia de género”*. El punto 5 de este, especifica que *“estos servicios deberán contar con personal especializado en las necesidades presentes en los niños y niñas testigos de situaciones de violencia, con el fin de prevenir y evitar daños físicos y psíquicos”*. Y el **artículo 27** en el que destacan *“las ayudas sociales destinadas a aquellas mujeres con cargas familiares, completando así la garantía asistencial”*.
(16,18)

Gracias a esta ley ,se reconoció por primera vez a los hijos e hijas de las mujeres que sufren violencia de género, así como los efectos negativos que causan.

Dos años más tarde se elaboró *el II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia* (2006-2009), en el que se reconoce que *“los niños y niñas que viven en entornos en los que se sufre violencia de género se encuentran en situación de riesgo y desprotección social, y propone distintas medidas para mejorar el marco legislativo español, con el objetivo de protegerles”*.⁽¹⁹⁾

En 2007 García Valverde realizó una crítica a la L.O 1/2004, afirmando que esta ley se desarrolló *“por el trámite de urgencia, como la panacea para resolver esa situación”*.⁽²⁰⁾

Tres años después se desarrolló el *“Protocolo Marco de Atención Especializada a menores expuestos a la Violencia de Género”*, cuyo objetivo era *“enmarcar las actuaciones dirigidas a atender integralmente a todas las víctimas de la violencia de género, reconociéndose como un derecho a cubrir las necesidades específicas de los niños y niñas que viven en este tipo de entorno familiar”*.⁽⁹⁾

En 2013 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, desarrolló *“la Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia de Género”* con el fin de impulsar la atención integral especializada y multidisciplinar, así como jurídica,

psicológica y educativa en menores que se encuentran a cargo de mujeres que sufren violencia de género. También fueron incluidos estos aspectos en la actualización del *“Protocolo Básico de intervención contra el Maltrato Infantil en el ámbito familiar”* desarrollado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014).⁽¹⁷⁾

En el año 2015 se llevó a cabo una modificación de la Ley Orgánica 1/2004, siendo actualmente *“la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, la que recoge las medidas e intervenciones más actuales de protección a la infancia y a la adolescencia, reconociendo a los menores como víctimas directas de la violencia de género”* en la cual *“se establecen medidas de protección integral cuya finalidad es prevenir, sancionar y erradicar esta violencia y prestar asistencia a las mujeres, a sus hijos menores y a los menores sujetos a su tutela, o guarda y custodia, víctimas de esta violencia”*.⁽²¹⁾

A nivel autonómico, junto con la modificación de la Ley Orgánica, se desarrollaron otras leyes enfocadas al ámbito asistencial que se encuentran recogidas en el **Anexo III**.⁽⁶⁾

Gracias a esta actualización legislativa, se desarrollaron reformas para mejorar el sistema de adopción y acogimiento, pensiones de orfandad, condiciones de los centros que atienden a menores con trastornos de conducta, y se promulgó el derecho a la escucha de estas víctimas en los procesos judiciales.⁽²²⁾

Como medida más reciente llevada a cabo para mejorar el abordaje de la violencia de pareja, destaca el plan de acción desarrollado por la OMS en 2016 durante la Asamblea Mundial de la Salud, con el objetivo de *“fortalecer la función del sistema de salud para abordar la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general”*.⁽¹⁾

2. JUSTIFICACIÓN

La violencia de género no es un acontecimiento actual, sino que ha existido durante toda la historia de la humanidad, pero hasta hace muy poco permanecía oculto y, aún hoy en día en muchos casos continúa encubierto.

Hoy en día es un problema en auge en la sociedad, que genera una gran preocupación a la población. Esto ha dado pie a la necesidad de desarrollar un mayor número de investigaciones acerca de las consecuencias de ser víctima, los recursos existentes, las formas de abordaje...

Muchos investigadores han focalizado la atención en tratar a la mujer como víctima de violencia por parte del compañero íntimo. Sin embargo, existe una gran escasez de estudios enfocados a la victimización de los menores, sin tener en cuenta las consecuencias que surgen tras la vivencia de situaciones de violencia de pareja en la familia.

Esta revisión bibliográfica pretende identificar y analizar la información disponible en la literatura científica, así como en canales de información, sobre las secuelas en los menores que viven en ambientes de violencia de pareja, así como el peso de estas en la futura vida del niño, es decir, la repercusión en la edad adulta. Se tratará a su vez la gravedad que suponen estas situaciones dentro del núcleo familiar, donde se ven alterados los roles parentales, la educación de los hijos y la relación de apego y confianza del menor hacia sus padres. Y, por último, se abordará el problema desde la perspectiva sanitaria, con el fin de analizar las creencias que se tienen presentes y las formas de intervención llevadas a cabo para prevenir y tratar a las víctimas.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

- Analizar las secuelas que presentan los menores que viven en ambientes con violencia de género.

3.2 Objetivos específicos

- Analizar los problemas que padecen los menores durante las diferentes etapas de desarrollo durante la infancia y adolescencia.
- Analizar los problemas que surgen en la edad adulta como consecuencia de la victimización en la infancia.
- Analizar la aparición de problemas en los menores como consecuencia de aquellos que surgen en la madre y el impacto de estos en la crianza de los hijos.
- Conocer las diferentes creencias y formas de intervención para abordar las secuelas que se dan en las mujeres y los menores que son víctimas de violencia de pareja.

4. METODOLOGÍA

Se ha realizado la revisión bibliográfica con el fin de conocer y analizar la situación actual del tema base de la investigación. Para llevarla a cabo se han ejecutado búsquedas en las diferentes bases de datos disponibles: “Pubmed”, “Cinahl”, “Scielo”, “Cuiden” y “Dialnet”. Cada búsqueda se ha ido construyendo tanto con términos controlados (tesauros “DeCS” y “MeSH”) como con términos libres.

Los criterios de inclusión utilizados para la elección de la bibliografía han sido artículos:

- Publicados en los últimos 5 años.
- Centrados en menores a lo largo de las distintas etapas del desarrollo.
- Relacionados con la violencia de pareja o violencia de género.
- Idioma: En inglés, español o portugués.
- Edad de la población: Comprendida entre los 0 y los 18 años.
- Tipo de documento: artículos de revista, revisiones, tesis y protocolos.

Por otro lado, se han excluido aquellos artículos que incluían abusos sexuales en los menores o trataban el problema desde el embarazo.

Las “palabras clave” o “Keywords” empleadas en las búsquedas (tesauros MeSH y DeCS) están reflejadas en la **tabla 1**, y las estrategias de búsqueda recogidas en la **tabla 2**.

Asimismo, se han utilizado los operadores booleanos [AND], [OR] y [NOT] para realizar las combinaciones de cada estrategia de búsqueda.

Una vez realizada la búsqueda, se hizo una primera selección de artículos en base al título y su relación con los objetivos marcados, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Aquellos que no seguían estos, se utilizaron para desarrollar la introducción. Los artículos seleccionados fueron 80, de los que se llevó a cabo la lectura del resumen que, tras esta, la cifra quedó reducida a 29, dado que se escogieron solo aquellos que abordaban de forma más específica los objetivos y el tema a desarrollar. Después se procedió a realizar una lectura completa de los seleccionados, quedando 12 descartados, ya que estaban duplicados en las distintas bases o porque no eran de gran utilidad. Por otro lado, a través de otra búsqueda llevada a cabo en diversas fuentes informales relacionadas con el problema, se seleccionaron 4

protocolos que fueron de utilidad para el desarrollo de los resultados. Finalmente, se seleccionaron 19 artículos por considerarse los más adecuados para desarrollar los resultados de la revisión bibliográfica, quedando recogidos en el **Anexo II**.

Tabla 1. Terminología controlada.

| | | PUBMED | CINAHL | CUIDEN | SCIELO | DIALNET |
|---------------------|---------------------------|--------|--------|--------|--------|---------|
| Término MeSH | Intimate partner violence | x | x | | | |
| | Spouse abuse | x | x | | | |
| | Intrafamily violence | x | | | | |
| | Domestic violence | | | | x | |
| | Child abuse | x | | | | |
| | Adolescent | x | | | x | |
| | Preschool | x | | | | |
| | Child | | | | x | |
| | Complications | x | | | | |
| | Consequences | x | | | | |
| | Impact on children | | x | | | |
| | Intervention | | | | x | |
| Término DeCS | Violencia de género | | | x | x | x |
| | Niños | | | x | | x |
| | Hijos | | | | | x |
| | Menores | | | | x | x |
| | Lactante | | | | | x |
| | Escolares | | | | | x |
| | Prescolares | | | | | x |
| | Adolescente | | | x | | x |
| | Progenitores | | | | | x |
| | Maltrato infantil | | | | x | |

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2. Estrategias de búsqueda

| Base de datos | Estrategia de búsqueda | Artículos encontrados | Artículos seleccionados por título | Artículos seleccionados para análisis de resultados |
|----------------|---|-----------------------|------------------------------------|---|
| Dialnet | ("Violencia de género") AND (("Niños") OR ("Escolares") OR ("Preescolares") OR ("Menores") OR ("Lactantes") OR ("Adolescente") AND (NOT ("Abuso sexual") AND (NOT ("Embarazo")))))))) | 123 | 25 | 7 |
| | Menores AND violencia AND progenitores NOT sexual NOT embarazo | 44 | 1 | |
| Scielo | Violencia de género AND menores OR maltrato infantil | 15 | 3 | 2 |
| | Domestic violence AND child OR adolescent AND intervention | 13 | 1 | |
| Cinah | (intimate partner violence OR spouse abuse) AND (impact on children)) NOT sexual abuse NOT (pregnancy or pregnant) | 23 | 19 | 2 |
| Cuiden | ("Violencia de género") AND(("Niños") OR("Adolescente") AND (NOT ("Abuso sexual") AND (NOT("Embarazo")))))) | 56 | 5 | 0 |
| Pubmed | ((("Intimate Partner Violence"[Mesh]) OR "Spouse Abuse"[Mesh]) AND "Child Abuse"[Mesh:NoExp]) NOT "Child Abuse, Sexual"[Mesh]) NOT "Pregnancy"[Mesh] | 97 | 14 | 4 |
| | ((("Intimate Partner Violence"[Mesh] AND (children [Title/Abstract] OR preschool [Title/Abstract] OR adolescen* [Title/Abstract])) NOT "Child Abuse, Sexual"[Mesh]) NOT "Pregnancy"[Mesh] | 35 | 2 | |

| Base de datos | Estrategia de búsqueda | Artículos encontrados | Artículos seleccionados por título | Artículos seleccionados para análisis de resultados |
|------------------------------------|--|-----------------------|------------------------------------|---|
| | (((((intimate partner violence [MeSH Terms]) OR "Intrafamily violence" [Title/Abstract])) AND (((Complications [MeSH Terms]) OR "Consequences" [Title/Abstract]))) NOT "Pregnancy"[Mesh]) NOT "Child Abuse, Sexual"[Mesh] | 101 | 8 | |
| Ministerio de Sanidad | Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. La atención primaria frente a la violencia de género necesidades y propuestas. Protocolo para la detección y atención de la violencia de género en Atención Primaria. | 3 | 3 | 3 |
| Observatorio de la infancia | Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar. | 1 | 1 | 1 |

Fuente: Elaboración propia

5. RESULTADOS

5.1 Secuelas en las diferentes etapas del desarrollo del menor como consecuencia de la exposición a violencia de género.

Achenbach, McConaughy y Howell en 1987 propusieron analizar los problemas en la infancia a través de la Child Behavior Checklist, clasificando estos en ocho síndromes empíricos: Ansiedad/depresión, retraimiento, problemas somáticos, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta disruptiva y conducta agresiva. ^(23,24)

Esta problemática se puede clasificar en dos grandes grupos, por un lado, los problemas internalizantes entre los que encontramos ansiedad, depresión, quejas somáticas, retraimiento... que están asociados a un desajuste ambiental, y por otro externalizantes como agresividad, hiperactividad, aislamiento, incumplimiento de normas... ^(16, 24, 25, 26)

Las secuelas previamente mencionadas junto con las alteraciones a nivel social y escolar generan una retroalimentación negativa entre ellas, dando lugar a la aparición de otras nuevas como consecuencia de un agravamiento de otras previamente establecidas.

En cada etapa del desarrollo predominan una serie de manifestaciones, existiendo diferencias significativas en función de la edad del niño.

Graham-Bermann y Perkins afirman que el 64% de los menores son expuestos a situaciones de violencia durante la etapa prenatal (0 a 2 años). Todo comienza cuando la mujer sufre violencia por parte de su pareja durante el embarazo, lo que genera altos niveles de estrés, que se ven reflejados durante el primer año de vida del bebé. Las consecuencias en este son derivadas del alto grado de angustia de la mujer durante la gestación. Tras el parto se ve afectado tanto el cuidado del bebé, como el desarrollo de patrones de apego de este hacia la madre. Estos problemas prolongan las dificultades durante los primeros cuidados, así como en el desarrollo durante la infancia. ⁽²⁰⁾

La academia Americana de Psicología hace referencia al grave peligro que supone para los niños más pequeños estar expuestos a situaciones de violencia, dado que

existe la posibilidad de que se dé un alto grado de compromiso en el desarrollo a nivel cerebral y del sistema nervioso central. ⁽⁶⁾

En un estudio llevado a cabo por Hibel, Granger, Blair, y Cox, se examinó el funcionamiento de las glándulas suprarrenales de los lactantes, analizando los niveles de cortisol producidos, y obteniendo como resultado una irregularidad en la producción de este en aquellos menores expuestos de forma grave o crónica a violencia de género, asociándose a un problema crónico de desadaptación a situaciones de estrés. ⁽²⁰⁾

Según Lundy & Grossman, un 38% de los niños expuestos a violencia de pareja durante los 2 primeros años de vida presentan uno o más problemas emocionales, dos tercios trataban de separar a los padres durante el acto de violencia y un 42% lloraban con frecuencia. También presentaban un temperamento difícil, caracterizado por conductas de irritabilidad, comportamientos anormales como llamadas de atención y desobediencia, sumándole a esto un alto nivel de problemas de adaptación. Por otro lado, existen diferencias significativas en la presencia de problemas de carácter externalizante en niños que presencian de forma directa el acto de violencia, siendo 3 veces mayor entre los 3 primeros años de vida, mientras que en los problemas internalizantes la variabilidad por edad no es tan significativa. ⁽²⁰⁾

La etapa en la que surgen el mayor número de problemas como consecuencia de la exposición a violencia de pareja es la etapa preescolar (3 a 6 años).

Basándonos en el DSM-5, un 50% de los menores expuestos a violencia durante la etapa prenatal presentan en la etapa preescolar síndrome de estrés postraumático. Este se asocia a un mal desarrollo del sistema nervioso simpático y parasimpático, lo que da pie a alteraciones a nivel cognitivo y psicológico, como alteraciones de memoria, conductas regresivas o alteraciones a nivel psicomotor o del desarrollo de lenguaje. ⁽²⁰⁾

A su vez, está relacionado con un mayor riesgo de obesidad, sobrepeso, asma y problemas gastrointestinales en la infancia. ⁽²⁰⁾

En esta etapa la unión entre los padres y los hijos es más sólida, dado que son los que se encargan de ayudarles en las necesidades básicas y además son su principal fuente de confianza. Por otro lado, es importante destacar que es el intervalo de edad en el

que se moldean más procesos avanzados del desarrollo que, a su vez se ven seriamente influenciados por el entorno en el que viven. Por un lado, las competencias sociales del menor se ven gravemente afectadas, esto es debido a que el menor aprende y centra su atención en aquellas conductas que vive en su entorno más cercano, es decir, sus cuidadores principales que, generalmente son los padres. De forma que, si el niño está constantemente expuesto a situaciones violentas, las alteraciones se van a acentuar y el niño aprenderá conductas desadaptativas que le van a dificultar gravemente la capacidad de desarrollar habilidades para establecer relaciones sociales sanas. ⁽²⁰⁾

La etapa escolar del menor (6 a 12 años), se encuentra muy influenciada por aquellos problemas que previamente aparecieron en la etapa preescolar, siendo considerado de gran importancia, dado que estos se van a acentuar con el crecimiento de niño, dando pie a la aparición de otros.

Los problemas fisiológicos y de la salud física del niño fueron analizados por El-Sheikh and Harger en un estudio donde se midió la frecuencia cardíaca, la presión arterial sistólica y diastólica, y la conductancia de la piel en 89 niños. Este consistía en la escucha de una historia narrada por un adulto víctima de violencia por parte de su pareja y observar las reacciones que les producía. Los resultados mostraron sentimientos de culpa y amenaza ante la situación, así como una gran reactividad fisiológica, confirmando así, la vulnerabilidad del menor frente a este tipo de situaciones. ⁽²⁰⁾

Otro estudio más reciente llevado a cabo por Katz, dio a conocer la influencia entre la actuación del nervio vago y la regulación de emociones que a su vez estaban influenciadas por la salud física del menor. Katz encontró que aquellos niños con problemas de conducta presentaban un aumento vagal ante la provocación de compañeros, relacionando así la gran influencia del tono vagal sobre el sistema nervioso parasimpático, que actúa a su vez sobre el corazón. De forma que, aumentando o disminuyendo el tono vagal se producen variaciones en la frecuencia cardíaca del menor. ⁽²⁰⁾

Al igual que en los preescolares, en esta etapa existe un alto porcentaje de menores que sufren síndrome de estrés postraumático, que igualmente produce altos niveles de

síntomas depresivos y ansiedad, siendo relacionado a su vez con explosiones de ira.
(20)

Lundy & Grossman afirman que un 58% de los escolares expuestos a violencia familiar presentan uno o más problemas psicológicos, siendo más propensos a sufrir dificultades a la hora de controlar las emociones, experimentando así cambios de humor constantes, conductas aprensivas y de desconfianza.

La adolescencia (13 a 18 años) es un periodo caracterizado por la expansión y el fortalecimiento de las relaciones sociales, así como la consolidación de la personalidad del menor. Esta es a su vez la etapa más compleja a la hora de abordar las secuelas de la exposición a la violencia, dado que arrastran las secuelas de etapas anteriores, así como la interiorización y aceptación de la violencia como forma de resolución de conflictos, lo que deteriora gravemente las relaciones sociales. Temple, Shorey, Tortolero, Wolfe y Stuart evaluaron como afecta la violencia de género a los adolescentes y su aparición en las relaciones de pareja del futuro, obteniendo resultados que confirmaban el gran poder de esta en el desarrollo del menor. McCloskey y Lichter afirman que los adolescentes expuestos a la violencia familiar son más agresivos con sus parejas y con sus padres, idea corroborada por Moretti, Obsuth, Odgers y Reebye quienes asociaron el diagnóstico de síndrome de estrés postraumático con la agresividad y problemas de salud mental. Al igual que en las demás etapas del desarrollo, los adolescentes presentan ansiedad y sintomatología depresiva, es decir, problemas internalizantes, siendo más prevalentes en el sexo femenino según afirman Wright and Fagan. (20)

La esfera social y académica se ve alterada en todas las edades, además de verse influenciada por los problemas previamente tratados en las diferentes etapas del desarrollo.

Por un lado, la esfera física se puede ver afectada con problemas relacionados con el sueño o la alimentación ^(6, 16, 25), retraso en el crecimiento ⁽⁶⁾, aumento de la actividad cardíaca y de la presión sanguínea ⁽⁶⁾, problemas de desarrollo psicomotor o de lenguaje ^(6, 25) y, por último, alteraciones derivadas de conductas regresivas. ⁽⁶⁾

Los problemas relacionados con la alimentación también son predominantes en todas las etapas del desarrollo, asociados al estrés al que están sometidos. En un estudio llevado a cabo en Estado Unidos se obtuvieron los siguientes resultados relacionados

con la obesidad y el sobrepeso en función de la edad y el sexo. Los varones expuestos a violencia de pareja entre los 0 y 5 años eran más propensos a tener sobrepeso hasta la adolescencia al igual que las niñas, mientras que los niños expuestos en la infancia media, es decir, de 6 a 11 años eran más propensos a sufrir obesidad. ⁽²⁷⁾

Estos, unidos a alteraciones psicológicas y conductuales, producen en el menor una mayor desconfianza tanto en sí mismos como en el resto de las personas de su entorno: compañeros, profesores o miembros de la familia, siendo la principal causa de incapacidad para establecer relaciones sociales sólidas. Es por esto por lo que tienden a mostrar conductas de soledad, aislamiento o introversión...todas ellas derivadas de la inseguridad que presentan. ^(16, 24, 25, 26,27) También es muy común que se produzcan reacciones de hostilidad o agresividad con el entorno, en situaciones que les generan un mayor nivel de estrés o frente a dificultades que no se ven capaces de afrontar.

Por otro lado, desarrollan actitudes más pesimistas a la hora de afrontar los problemas, sintiéndose incapaces de hacer las cosas de forma autónoma, generando así sentimientos de frustración. ^(16, 24, 25, 26,27) Como consecuencia de esto se produce una alteración en el rendimiento académico del niño. Estos presentan altas tasas de problemas de atención, concentración, pensamiento...así como de alteraciones a nivel cognitivo, impidiéndoles desarrollar las tareas correctamente. Además, a nivel conductual predominan comportamientos de desobediencia y conductas disruptivas dificultando la convivencia y la dinámica escolar... Es por esto por lo que, existe un alto porcentaje de absentismo escolar dentro de este colectivo.

Los problemas sociales se ven más acentuados a partir de la etapa escolar, y se van agravando según vamos aumentando la edad del menor, dándose en la adolescencia el punto más alto de este tipo de alteraciones. Los problemas que surgen en esta esfera son los más prevalentes en ambos sexos y edades, ^(24, 26) estos se ven acentuados con otros como el retraimiento o las conductas desafiantes, estas últimas más predominantes en varones. ⁽²⁵⁾

Gran número de niños expuestos a violencia presentan dificultades para iniciar relaciones con sus iguales, así como para el mantenimiento de estas, si bien es cierto que esta esfera se ve altamente influenciada por el comportamiento y conductas del niño, que dan pie a reacciones conflictivas en la interacción con otras personas de entorno. Pero es importante destacar que, en muchos casos, las alteraciones sociales

sobre todo en edades tempranas son derivadas de conductas sobreprotectoras por parte de los progenitores. ⁽²⁷⁾

Gewirt y Medhanie afirman que el intervalo más afectado se encuentra entre los 6 y los 9 años, mientras que, los menores de 5 años son los más vulnerables, dado que el apego y la inmadurez son cruciales en la aparición de secuelas. ^(6, 16)

Según Lundy & Grossman un 27% de los niños entre 6 y 12 años presentan problemas físicos de salud, un 35,8% presentan conductas regresivas, un 23,8% presentan enfermedades de forma usual y un 22,6% problemas de peso relacionados con la alimentación. Esto concuerda con los datos obtenidos a través de la Child Behavior Checklist, en la que los problemas de alimentación, sueño y somáticos ocupan los primeros puestos. Por otro lado, afirman que los niños entre 6 y 12 años que viven en ámbitos familiares de violencia presentan un menor desarrollo del lenguaje y rendimiento escolar, dando pie a dificultades principalmente en matemáticas y lectura, lo que a la larga les puede obstaculizar el futuro académico. ⁽²⁷⁾

Una vez analizadas las secuelas de los menores se puede afirmar que la violencia doméstica produce una alteración en el funcionamiento normal de la familia, dificultando el transcurso normal del desarrollo de los más pequeños de la casa.

5.2 Secuelas en la edad adulta como consecuencia de la exposición a violencia de género durante la infancia

Aunque según afirma la Asociación Americana de Pediatría, la exposición a violencia familiar, además de dar lugar a secuelas en la infancia, vaticina problemas de salud física en la etapa adulta como mayor probabilidad de sufrir Ictus, cáncer o cardiopatías. ⁽⁶⁾

Los hechos violentos por parte de la pareja llevan a la víctima a una situación límite que tiene grandes repercusiones sobre su estado de salud y bienestar.

Pero no solo la esfera física se ve afectada, también las alteraciones conductuales tienen un gran peso en la vida diaria de los menores y estas, en muchos casos, se van acentuando con el crecimiento del niño, hasta producir desajustes en su vida durante la edad adulta.

La familia es considerada el intermediario más sólido e importante a la hora de instaurar los modelos y conductas más apropiados en la vida del menor. Los niños

suelen imitar y aprender diferentes patrones de comportamiento que observan en sus padres. De esta forma pueden aprender del agresor comportamientos abusivos o violentos, así como estrategias de afrontamiento negativas por parte de la víctima. ⁽¹⁶⁾

Es por esto por lo que, junto con los patrones sociales actuales, los hombres víctimas y/o testigos de violencia durante la infancia tienden a convertirse en perpetradores de actos violentos en el futuro, mientras que, por el contrario, las mujeres tienen una mayor probabilidad de volver a ser víctimas de maltrato en la edad adulta. De tal forma que la violencia se produciría de forma circular dentro de la familia, transmitiéndose de generación en generación, tanto desde la posición del agresor como de la víctima. ⁽¹⁶⁾

En un estudio llevado a cabo por Iverson, McLaughlin, Adair, y Monson (14), se estudió la relación que existía entre el haber presenciado violencia de pareja en la infancia y los desajustes que surgían como consecuencia de esta a nivel conductual, concretamente en el control de episodios de ira, dando lugar a un mayor riesgo de relación violenta de pareja en el futuro. Para ello se llevó a cabo un análisis a través de dos escalas, por un lado la “*Conflict Tactics scale*”, para conocer el tipo de abuso durante la infancia, y por otro lado “*The multidimensional Anger Inventory*” donde se examinaron diferentes dimensiones de la ira como la frecuencia, intensidad, modo de expresión... y por último, se analizó el DSM-III, dado que se vio que existía una gran relación entre los problemas de personalidad y una alteración crónica del control de emociones e impulsividad. La hipótesis se confirmó, dado que observaron la relación que había entre la victimización en la infancia y los problemas conductuales de control de ira, y la aparición como consecuencia de esta de problemas de violencia de pareja durante la edad adulta. Además, se descubrió un mayor porcentaje de mujeres que habían sido víctimas durante la infancia que a su vez, confirmaban haber sufrido violencia de pareja durante la edad adulta. Por otro lado, se vio que había otros factores como problemas psicopatológicos, de desarrollo social, déficits en el desarrollo...que aumentaban la vulnerabilidad de las personas a ser víctimas de violencia en edades más avanzadas, no solo durante la infancia.

Hoy en día, no se ha establecido una categoría diagnóstica que englobe de manera general todos los efectos de la violencia de pareja en las mujeres, aunque, en diversas

ocasiones, se ha hecho uso del *Síndrome de la Mujer Maltratada* para explicar la gran relevancia de la situación.

La Organización Mundial de la Salud en el año 2002, relaciona la cuantía mayor o menor de sintomatología presente en la víctima, con las propias características de la agresión, así como la exposición prolongada a los episodios violentos, causando de este modo un efecto acumulativo en la víctima y tratando así esta cuestión como un problema de salud pública de grandes dimensiones. ⁽¹⁾

Los efectos más claros que se dan en las víctimas son a nivel físico, derivados por un lado de la acción violenta y por otro debido al alto nivel de estrés al que están sometidas. Según los resultados presentados en la última Macroencuesta de Violencia de Género en España ⁽¹⁰⁾, *“un 30% de las mujeres que han sufrido violencia perciben que su estado de salud es regular y un 13,2% consideran que es malo o muy malo”*. Además de las evidencias físicas que deja el acto violento en sí, existen otro tipo de reacciones fisiológicas relacionadas con la exposición continuada a situaciones de estrés, transformándose en crónicas y provocando un déficit de atención al autocuidado. Entre estas reacciones destacan las somatizaciones como jaquecas, migrañas, dolores de espalda, vómitos, insomnio, problemas de alimentación, etc., el deterioro del sistema inmunológico dando lugar al padecimiento de patologías crónicas entre las que destacan: asma, hipertensión, cardiopatías, diabetes, fibromialgia, dolor crónico..., surgen también problemas ginecológicos y reproductivos, disfunción sexual, alteraciones en el sistema nervioso central como vértigos y/o mareos, artritis, fatiga, déficit de memoria... Y en el caso de que el acto se produzca durante la gestación pueden darse, además, partos prematuros por desprendimiento de la placenta o hijos nacidos con bajo peso.

Es por esto por lo que la violencia de pareja genera un amplio abanico de alteraciones físicas que dañan gravemente a la mujer y su estilo de vida, aunque es necesario tener en cuenta que las consecuencias a nivel psíquico no son menos importantes.

El trastorno de estrés postraumático junto con la depresión han sido los problemas más abordados como principales padecimientos tras sufrir violencia por parte de la pareja. A estos dos se le suman otros como inhibición motriz y de pensamiento, apatía, ansiedad, tristeza, fuertes deseos de llorar, irritabilidad, culpa y una baja autoestima..., que, a su vez, se ven proyectadas en los hijos.

Las características descritas producen enormes alteraciones en el funcionamiento personal de la víctima, pudiendo dañar otras facetas de la vida diaria, igualmente importantes, como la laboral, social y familiar. ⁽¹⁶⁾

5.3 Alteraciones en el rol paternal como consecuencia de situaciones de violencia de pareja dentro del núcleo familiar

Las perturbaciones a nivel familiar las podemos observar por la aparición de problemas en los menores, que surgen en muchos casos como consecuencia de alteraciones presentes en la madre tras haber sufrido violencia por la pareja. De tal forma que no solo la vida de pareja se ve gravemente afectada, sino también entra en juego la crianza de los hijos, surgiendo una gran dificultad en la pareja para implicarse en las actividades de la vida diaria y en desarrollar competencias parentales, viéndose afectado en mayor medida el rol de la madre, que es quien generalmente es la víctima de la agresión. ⁽²⁴⁾

Cuando en la familia existe una menor implicación en la crianza de los hijos se produce en ellos un aumento de la problemática conductual, es decir, aparecen problemas externalizantes, junto con problemas de atención. ⁽²⁴⁾

La influencia de las competencias parentales, así como la sensibilidad y el apoyo emocional por parte principalmente de las madres con sus hijos, tiene un gran impacto en estos. En muchas ocasiones se ha observado que, además los hijos pueden desarrollar no solo problemas de conducta a nivel social, sino también que son más frecuentes las actitudes negativas hacia los padres, como consecuencia de la despreocupación que sienten hacia ellos. En el caso de que las conductas negativas fueran hacia la madre, la mujer estaría sometida a una *doble victimización*, por parte del compañero íntimo y a la vez por sus hijos. ⁽²⁴⁾

Son varios los artículos revisados que centran sus estudios en la relación que existe entre la aparición de problemas en la madre tras haber sido víctima de violencia de género y como consecuencia de esto, la aparición de problemas en los hijos.

Yawei.V. et al. Llevaron a cabo un estudio en el cual se cogieron como muestra 197 madres y 227 hijos y se analizó por un lado la capacidad que tenían los menores para identificar el estrés, las reacciones anormales o los problemas de conducta que padecían sus madres tras el acto violento y, por consiguiente, la aparición de

problemas en estos menores, como problemas comportamentales, hiperactividad, falta de atención, problemas de conducta o alteraciones en el control de emociones. Gracias a los resultados obtenidos se valoró la efectividad de llevar a cabo intervenciones con los menores en casa con el fin de mejorar las habilidades de la madre para la resolución de los propios problemas y de esta forma minimizar los efectos adversos e impacto de estos en el hijo, mejorando así el bienestar y la calidad de vida de ambos. ⁽²⁸⁾

Maddoux. J. et al. reafirman la idea expuesta en el anterior estudio tras desarrollar un análisis de dos variables, por un lado, la aparición de problemas, en este caso síndrome de estrés postraumático, ansiedad, depresión y somatizaciones en la mujer y la dificultad con la que cuenta para resolver estos, y por otro lado la aparición de problemas internalizantes y externalizantes en los hijos. ⁽²⁹⁾

Asimismo, en la investigación desarrollada por McFarlane. J, Symes. L, Binder. B. K, Maddoux. J y Paulson.R, se observó tras el estudio de 300 madres y sus hijos (entre 18 meses y 16 años), que las que presentan problemas externalizantes son 2,5 veces más propensas a tener hijos con problemas internalizantes, 4,5 veces más propensas a que sus hijos desarrollen problemas externalizantes y casi 5 veces más propensas a que sus hijos presenten mayor número de problemas clínicos. ⁽³⁰⁾

Los estudios previamente detallados coinciden en la relación que existe entre la aparición de alteraciones en la madre como víctima de violencia por parte de su pareja, y la manifestación de problemas en el hijo. Es por ello por lo que destacan la importancia de tratar a la madre de forma conjunta con el menor, de forma que la mejoría se daría en ambos. Por un lado, el menor corregiría las conductas negativas hacia la madre y las secuelas se reducirían, dado que a su vez el niño observaría la mejoría en su madre. Por otro lado, en el trabajo con la madre se potenciarían aquellas habilidades requeridas para una mejor atención al menor, así como mecanismos de detección de problemas en los pequeños y que proporcionarían un buen desarrollo del rol parenteral.

5.4 Creencias e intervenciones en el ámbito sanitario frente a situaciones de violencia de género.

En el ámbito de violencia de género, el sector sanitario representa un papel primordial, sobre todo a nivel de atención primaria, dentro de esta en la prevención primaria. Sin

embargo, su principal función actualmente continúa enfocada en la prevención secundaria y terciaria, es decir, en la detección y tratamiento en vez de en la prevención. Si bien es cierto que una pronta identificación de la situación de violencia podría reducir las consecuencias para la salud tanto de la mujer, como la de los hijos y además se reduciría la probabilidad de victimización. ⁽³¹⁾

Es importante destacar la cantidad de barreras existentes a nivel de atención primaria a la hora del abordaje a nivel sanitario, siendo este el principal recurso de apoyo al que acude la víctima después de la agresión.

En el estudio desarrollado a cabo por Meneses Falcón.C. et al. se entrevistaron a 347 médicos, y fue destacado el alto número de barreras que impiden intervenir de forma eficiente ante la violencia de género. Por un lado, existe un porcentaje que aun considera que *“la violencia de género no es un problema de salud”*, de forma que no es necesario tratarlo como otros problemas que consideran preferentes. También destacan *“la alta presión asistencial que les impide explorar y dedicar mayor tiempo a tratar el problema en la consulta”*, y el miedo a invadir la intimidad u ofender a la paciente en caso de abordar el tema directamente. *“Un 44,8% de las mujeres y un 28,9% de los hombres entrevistados señalan el miedo a las represalias por parte del agresor”*. Por otro lado, consideran que, las mujeres maltratadas no tienen los conocimientos suficientes acerca de los recursos existentes para tratar las consecuencias del problema. Además, matizaron que la mayor barrera para la detección es que la propia víctima en muchas ocasiones no reconoce el maltrato, de tal forma que existe una gran dificultad para abordar el problema. Por último, recalcan *“la escasa coordinación de los servicios para desarrollar una atención integral, la carencia de tiempo en las consultas, instrumentos y procedimientos para manejar el maltrato”*, como por ejemplo la posibilidad de acceder a protocolos claros y de contar con información acerca de cómo actuar, es por esto que, comentaban que: *“La mayor dificultad, que encontraban en la valoración de los casos era la falta de habilidades para desarrollar la entrevista clínica en los casos de violencia de género”*. ⁽³¹⁾

Por otro lado, la universidad de Sao Paulo llevó a cabo un estudio en 2013 en el que se analizó la atención básica que recibían los niños y adolescentes tras haber estado expuestos a situaciones de violencia de género. Los resultados fueron obtenidos por medio de entrevistas a enfermeras de cinco centros de salud, y se analizaron aquellas

intervenciones que llevaban a cabo las enfermeras ante este tipo de situaciones, y las medidas y conocimientos que tenían para abordar el problema expuesto por el menor de una forma eficiente. Todas ellas comentaron que generalmente daban prioridad a otro tipo de actividades, *“cuando es posible se atienden, pero es complicado debido a la falta de tiempo y las funciones de la unidad, además en la unidad tenemos falta de personal, lo que dificulta las intervenciones”*. Además de lo mencionado previamente, las enfermeras no presentan los conocimientos necesarios para abordar la situación e indicaban que la sensación de miedo contribuía a la escasa intervención de casos dado que *“a menudo se sentían intimidados por las reacciones y acciones del agresor, y por las amenazas de las familias de las víctimas hacia los profesionales de la salud”*. Y resaltaban la intensa carga emocional a la que estaban sometidos los profesionales de enfermería que se ocupan de estos casos. ⁽³²⁾

A raíz de las ideas expuestas, Totti.J, et al. al igual que Rosser.A, destacaron la importancia de llevar a cabo un entrenamiento para el abordaje de los diferentes aspectos con los que se encontraban en las situaciones de violencia de género, teniendo en cuenta la prevención, notificación, derivación y seguimiento de las víctimas. Además, enfatizaron que las víctimas no deben de ser valoradas únicamente por el equipo de enfermería, sino que es un trabajo de todos los profesionales que se encargan del cuidado del niño y adolescente, optando así por un trabajo multidisciplinar que incluya a su vez una valoración integral del menor. ^(17,32)

Destacaron además la necesidad de implantar programas de educación continuada para capacitar al personal para hacer frente a estas situaciones, estando destinada al abordaje de las secuelas en los menores, intentando reducir fundamentalmente los problemas de comportamiento, las actitudes y creencias perjudiciales sobre la aceptación de la violencia, y mejorar su capacidad para hacer frente a las situaciones, aprendiendo habilidades de seguridad, identificación y regulación de las emociones producidas por la exposición a la violencia, para así conseguir reducir el nivel de estrés al que están sometidos y también centrados en la prevención dado que de esta forma se trataría el problema desde el inicio, disminuyendo así el número de víctimas.

Meneses Falcón.C. et al. destacaron además de lo previamente mencionado, la necesidad de contar con procedimientos claros, rápidos y eficaces, así como la necesidad de aumentar el tiempo de atención en la consulta en los centros de salud y,

por último, lograr una mayor sensibilización del personal de atención primaria sobre la importancia del problema. ⁽³¹⁾

En el estudio desarrollado por Anderson.K y Van. E se trataron diferentes métodos de intervención que se podrían llevar a cabo con aquellas mujeres y sus hijos víctimas de violencia de género y cual de estos es el útil y beneficioso. ⁽³³⁾

Por una parte, se analizó la eficacia de intervenir de forma independiente, por un lado, con la mujer y por otro con el hijo, con el fin de focalizar los tópicos de la terapia en función de la edad, y de la tipología de los problemas que presentaban. Por otra, desarrollaron intervenciones comunes, es decir, madre e hijo trabajando los problemas de forma conjunta, ampliando así el soporte emocional y mejorando la comunicación, con el fin de reducir en gran medida las alteraciones conductuales en ambos. Y por último las intervenciones combinadas en las que la primera parte se hacía de forma conjunta y posteriormente contaban con una segunda sesión en la que se desarrollaba un programa de intervención estructurado similar al mencionado en la terapia individual, donde se trabaja más la psicoeducación y se trata de controlar los sentimientos y conductas de una forma más individualizada. ⁽³³⁾

Los hallazgos destacan los diferentes aspectos beneficiosos de cada grupo de intervención. Las intervenciones realizadas por separado tenían éxito al tratar el ajuste de los comportamientos y el estrés de ambos progenitores, y a su vez en mejorar las habilidades de afrontamiento. En la que se trabajó de forma conjunta con la madre y el niño, se vio que fue muy útil en lo que respecta a los principios centrados en el niño y orientados al juego, mejorando así los problemas de conducta y emocionales. Y las que desarrollaron una combinación de trabajo, es decir por separado y conjuntamente fueron aparentemente las más exitosas, logrando un rango más amplio de resultados y tratando diferentes problemas como: el estrés postraumático, la adaptación infantil, la autoestima, los problemas sociales y las actitudes positivas, además de aumentar el apoyo social, la autoeficacia y la confianza por un lado de las madres en ellas mismas y por otro la confianza de los hijos en estas. ⁽³³⁾

En los últimos años, tanto la normativa nacional como la internacional, ha profundizado y mejorado la regulación sobre la protección a la infancia, se han desarrollado diferentes protocolos dirigidos a la atención de los menores con el fin de actuar de forma individualizada ante situaciones traumáticas y se han desarrollado

grupos de apoyo y de educación para afrontar los problemas derivados de la exposición a violencia de pareja en la familia.

La OMS recomienda el abordaje desde la prevención primaria a través de *“programas de enriquecimiento preescolar y desarrollo social para niños y adolescentes”*, promoviendo la importancia del cumplimiento de los tratados internacionales, así como de la legislación actual, con el fin de erradicar la victimización de los niños en ambientes de violencia de género. ⁽²²⁾

En el año 2014, España actualizó el protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar, dando lugar a la inclusión de la intervención en supuestos de menores de edad víctimas de violencia de género. Dicha actualización se llevó a cabo debido a la necesidad de incluir a los menores expuestos a violencia de género a causa de la aparición de nuevas necesidades y carencias en cuanto al abordaje de los niños, dado que esta conlleva una gran carga emocional en la infancia, considerándose, así como un tipo de maltrato que se debe tratar de igual manera que los tipos que previamente incluía dicho protocolo. ⁽³⁴⁾

Si bien es cierto que existen diferentes recursos, iniciativas y programas desarrollados por las comunidades autónomas recogidas estas en el Anexo III, que suponen una forma de buena práctica para la intervención con niños y niñas víctimas y con sus madres.

En Cataluña destaca la iniciativa llevada a cabo por servicios sociales en atención primaria, que ofrecen apoyo psicosocial tratando de *“Aprender a resolver conflictos de manera no violenta., hacer una revisión de roles de género femenino/masculino y facilitar la expresión creativa de emociones”*. ⁽³⁵⁾, también el IRES *“programa basado en la atención de aquellos niños víctimas de violencia de género en el ámbito familiar”*, que está destinado a menores entre 5 y 18 años con quienes se realizan diferentes actividades acordes a la edad del niño. En Madrid destaca el programa de intervención psicosocial con menores, promovido por la comisión para la investigación de malos tratos a mujeres. A su vez destaca el proyecto MIRA, que se encarga del tratamiento psicológico a mujeres y niños por medio de un modelo de atención individual y colectiva. ⁽³⁵⁾

El servicio murciano de salud desarrolló *“el protocolo para la detección y atención de la violencia de género en Atención Primaria”* en el que destacó que sería necesario

que se evaluara en cada consulta tanto a la víctima como a sus hijos, para así tomar conciencia del peligro que reviste la situación y facilitar el seguimiento y puesta en marcha del tratamiento y de los dispositivos de ayuda para ambos. ⁽³⁶⁾

Además, un gran número de comunidades autónomas cuentan con distintos recursos, sobre todo casas de acogida que permiten desarrollar programas terapéuticos tras haber sufrido violencia por parte de la pareja, y a su vez satisfacer de forma más individualizada las necesidades de los más pequeños gracias a programas diseñados directamente para mejorar el abordaje del problema en los hijos.

Tras conocer las diferentes creencias, intervenciones y protocolos vigentes se puede observar la importancia de reconocer por parte de los profesionales de salud cuando se dan este tipo de situaciones en la pareja, sobre todo porque si se detectan precozmente se puede prevenir en muchos casos la victimización de los hijos.

6. CONCLUSIONES

La violencia de género produce una gran variedad de secuelas en la mujer, pero en la mayoría de los casos no vemos más allá, de forma que los hijos pasan desapercibidos cuando estos son igualmente víctimas de este grave problema de salud pública.

Presenciar o sufrir violencia de género es hoy en día considerado una forma de maltrato infantil que, además, poco a poco va cobrando una mayor visibilidad y fuerza dentro de la sociedad, debido al aumento de la mortalidad y victimización de los menores.

Una vez analizadas las secuelas en los menores, podemos afirmar que su aparición está en gran medida causada por una alteración en el funcionamiento normal de la familia. Este desajuste familiar afecta por un lado a los padres para llevar a cabo su rol parenteral, además la desprotección e indefensión del niño se ve disminuida, y por otro lado se ve dificultado el transcurso normal del desarrollo físico, psicológico, conductual y social de los más pequeños de la casa.

Si bien es cierto que dependiendo de la edad del menor, algunas secuelas son más predominantes que otras. Los niños en la etapa preescolar, es decir, menores de 5 años, presentan una mayor vulnerabilidad frente al problema dado que, al no tener desarrollados ciertos aspectos físicos, psicológicos o conductuales, el impacto es mayor.

Entre las esferas afectadas destaca la parte social, el entorno familiar actúa como principal medio socializador del menor sobre todo en las primeras etapas de la vida, en las que se van desarrollando progresivamente las habilidades necesarias para establecer y mantener las relaciones sociales.

Asimismo, es importante destacar la influencia que tienen los comportamientos familiares en el desarrollo del menor, ya que estos basan su aprendizaje en aquellas conductas que ven en su núcleo más cercano y de esa misma forma tienden a actuar. Además, estas secuelas no solo permanecen durante la infancia, sino que según avanza la edad se van acentuando y asentando en la personalidad y la forma de actuar de la persona, desencadenando así diferentes alteraciones en la edad adulta.

Por último, es importante destacar el avance a nivel legislativo, social y sanitario que se ha producido en los últimos años, así como las diferentes asociaciones que

actualmente no solo cubren a la mujer sino también a los niños afectados. Aunque, es cierto que actualmente a nivel sanitario existen una gran cantidad de barreras como el miedo y la falta de tiempo o de conocimientos, que nos impiden un buen desarrollo del tratamiento de los casos de violencia de género, sobre todo en la identificación de víctimas menores y el abordaje de sus secuelas.

7. LIMITACIONES:

En primer lugar, la principal limitación fue la inexperiencia a la hora de desarrollar la búsqueda en las bases de datos utilizadas, así como la selección de artículos. Esto supuso una complicación dado que gran parte de estos incluían el maltrato durante el embarazo, así como el abuso sexual en menores, temas que, una vez realizada la primera búsqueda, fueron descartados debido a la gran importancia de estos problemas, y que a su vez provocaban mucho ruido a la hora de analizar otros artículos más centrados en los objetivos previamente marcados.

Por otro lado, el intervalo de tiempo seleccionado fue de los últimos 5 años, lo cual fue un riesgo para la búsqueda, dado que posiblemente esto suponía la pérdida de artículos de interés que hubieran sido útiles para ampliar los resultados. El idioma no supuso una gran limitación, pero es necesario destacar que provocó cierta confusión en algunas ocasiones en el momento de traducir al español aquellos artículos escritos en lengua inglesa, dado que la traducción en muchas ocasiones no se podía realizar de forma literal.

Por último, es conveniente destacar la escasez de artículos relacionados con la intervención enfermera en el abordaje de los menores víctimas de violencia de género.

8. RECOMENDACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

La revisión narrativa desarrollada está basada en las investigaciones que a lo largo de los últimos años se han llevado a cabo sobre la violencia de género y la victimización de los menores, aunque es preciso seguir ampliando el estudio fundamentalmente acerca de las repercusiones que puede causar en el bienestar y desarrollo de los hijos la violencia entre los progenitores.

Si bien es cierto que en los últimos años existe un mayor reconocimiento a nivel político, social y sanitario acerca del problema, pero aun así no se hace uso de los protocolos existentes para el correcto abordaje del problema.

El futuro de la práctica investigadora debe analizar aquellas variables o factores que puedan influir, aumentando o disminuyendo el riesgo de exposición de los menores a este tipo de ambientes como son el tiempo de exposición o el tiempo transcurrido desde la misma, tipo de violencia, temperamento y personalidad del menor, el estado psicoemocional y los estilos parentales.

Actualmente en el sector sanitario se están implantando las valoraciones de enfermería a través del NANDA, resultados NOC e intervenciones NIC, lo que podría ser una buena forma de valorar la situación dado que existen una gran cantidad de aspectos de la persona que se ven alterados tras este tipo de situaciones. En el **Anexo IV** se identifican una serie de diagnósticos que podrían darse en la mujer y en los niños, como consecuencia de ser víctimas de violencia de género.

9. AGRADECIMIENTOS

Esta revisión bibliográfica es el cierre de una etapa que marca nuestra vida, que nos abre la puerta a una de las profesiones más gratificantes y bonitas del mundo. El poner punto final a la carrera por medio de este trabajo ha supuesto un reto personal para mí, enfrentándome a un tema que hoy en día está muy presente en la sociedad y que ojalá se tenga más en cuenta a la hora de intervenir para paliarlo al máximo hasta erradicarlo. He tenido dificultades a la hora de llevarlo a cabo, pero estas son solo las primeras que nos vamos a encontrar a lo largo de nuestra profesión, y aunque cueste, si se trabaja siempre se encuentran soluciones.

Quiero dar las gracias a mi tutora Juana Robledo, por su experiencia, paciencia y ayuda dedicada durante estos meses para desarrollar el trabajo. Por otro lado, me gustaría agradecer a los diferentes docentes del grado, dado que, sin todos los conocimientos aprendidos gracias a ellos, no estaría hoy entregando el trabajo final de la carrera.

También a mi familia, amigas y pareja por el apoyo diario, por la fuerza para no abandonar en los cuatro años, y sobre todo por motivarme con este último empujón.

Muchas gracias.

Sandra Platero Tortosa.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Violencia contra la mujer. [Internet]. 2017 noviembre. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
2. Serrano Sarmiento. A. Maltrato infantil en la familia en España: informe de centro Reina Sofía. [Internet]. 2011 https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=3688
3. Marcelli, D., y D. Ajuriaguerra, J (1996). Psicopatología del niño. Barcelona, España: Masson
4. Convención de los derechos del niño. [Internet]. 2015 mayo. Disponible en: <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/ConvencionsobrelosDerechosdelNino.pdf>
5. Del Prado Ordoñez Fernández. M., González Sánchez.P. Las víctimas invisibles de la violencia de género. [Internet] 2012; 5 (1): 30-36. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v5n1/especial2.pdf>
6. Mohamed Mohand. L, Carracedo Cortiñas. S, Herrera Torres. L. Impacto de la violencia de género en el estado de salud física y psicoemocional de los hijos. [Internet]. 2014; 6: 73-84. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4733978>
7. La Estadística de violencia doméstica y violencia de género. [Internet]. 2017. Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176866&menu=ultiDatos&idp=1254735573206
8. Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. [Internet]. 2013. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf;jsessionid=E44CB05FB10E3F0F8C738076AD46F884?sequence=1
9. Rosser A M, Suriá R, Villegas E. La actuación con menores expuestos a violencia de género en España. avances en investigación y programas. [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Revistas/ANALITICAS/DEA0180.pdf>

10. Menores víctimas mortales en casos de violencia de género contra su madre en España. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Internet]. 2018. Disponible en: http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf
11. Estadística de Víctimas Mortales por Violencia de Género. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Internet]. 2018. Disponible en: <http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMenores/home.htm>
12. Brown R. Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer. [Internet]. Disponible en: <http://www.unwomen.org/es/csw>
13. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. [Internet]. 1995 septiembre. Disponible en: <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>
14. Iverson KM, McLaughlin KA, Adair KC, Monson CM. Anger - related dysregulation as a factor linking childhood physical abuse and interparental violence to intimate partner violence experiences [Internet]. Violence Vict. 2014;29(4):564-578. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25199386>
15. UNICEF. Behind closed doors. The impact of domestic violence on children [Internet]. UNICEF. 2006. Disponible en: <https://www.unicef.org/protection/files/BehindClosedDoors.pdf>
16. Carracedo Cortiñas. S. Menores testigos de violencia entre sus progenitores: repercusiones a nivel psicoemocional. Género [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2018. Disponible en: http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/Tesis/pdfs/Tesis_5_Menores_Testigos_Violencia.pdf
17. Rosser Limiñana.A. Menores expuestos a violencia de género. Cambios legislativos, investigación y buenas prácticas en España. [Internet]. 2017;2 (38): 116-124. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6029502>
18. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género [Internet]. Boletín del Estado. España: Jefatura del

- Estado. 2004 diciembre. Disponible en:
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760>
19. II plan estratégico nacional de infancia y adolescencia. [Internet]. 2013. Disponible en:
http://www.observatoriodelainfancia.mscbs.gob.es/documentos/PENIA_2013-2016.pdf
20. Dinu. A.C. Los niños como víctimas de la violencia de género [Internet]. 2015;75: 37-68. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5350806>
21. Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. [Internet]. Boletín del Estado. España: Jefatura del Estado. 2015 julio. Disponible en:
<https://www.boe.es/boe/dias/2015/07/23/pdfs/BOE-A-2015-8222.pdf>
22. Galvis Doménech. M.J, Garrido Genovés. V. Menores, víctimas directas de la violencia de género. [Internet]. 2016;165. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5648435>
23. Alcántara MV, López - Soler C, Castro M, López JJ. Alteraciones psicológicas en menores expuestos a violencia de género: prevalencia y diferencias de género y edad [Internet]. Anal. Psicol. 2013;29(3). Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000300013
24. Mateo Pérez, M. A., Rosser Liminana. A, Suriá Martínez. R. Problemas de conducta infantil y competencias parentales en madres en contextos de violencia de género. [Internet] 2018; 32 (1): 35-40. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v32n1/0213-9111-gs-32-01-00035.pdf>
25. Rosser Limiñana.A, Suriá Martínez. R, Vilegas-Castrillo.E. La exposición a violencia de género y su repercusión en la adaptación escolar de los menores. [Internet]. 2015; 67 (2): 117-130. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5016142>
26. Alcántara MV, López - Soler C, Castro M, López JJ. Alteraciones psicológicas en menores expuestos a violencia de género: prevalencia y diferencias de género y edad [Internet]. Anal. Psicol. 2013;29(3). Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000300013

27. Howell KH, Barnes SE, Miller LE, Graham - Bermann SA. Developmental variations in the impact of intimate partner violence exposure during childhood [Internet]. J Inj Violence Res. 2016;8(1):43-57. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4729333/>
28. Yawei Guo.V. Maternal mental quality of life mediates the associations between intimate partner abuse against mothers and their children's behaviours and quality of life in low-income Chinese families. [Internet]. 2017;26: 3297–3306. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=db2e133f-7e47-484a-a640-13a0289ea57c%40sessionmgr4009>
29. Maddoux J, et al. Problem- solving and mental health outcomes of women and children in the wake of intimate partner violence. [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25435885>
30. McFarlane.J, Symes L, Binder B, Maddoux J, Paulson R. Maternal-child dyads of functioning: the intergenerational impact of violence against women on children. [Internet]. 2014. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10995-014-1473-4>
31. Meneses Falcón. C. et al. La atención primaria frente a la violencia de género necesidades y propuestas. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.2015. Disponible en: http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/Atencion_Primary_VG.pdf
32. Leite JT, Beserra MA, Scatena L, Da Silva LMP, Ferriani MGC. Coping with domestic violence against children and adolescents from the perspective of primary care nurses [Internet]. Rev Gaúcha Enferm. 2016;37(2). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000200415&lng=en&nrm=iso&tlng=enhttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000200415&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
33. Anderson. Kand, Van Ee. E. Mothers and children exposed to intimate partner violence: a review of treatment interventions. [Internet]. 2018;15 (9): 1-25. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6163939/pdf/ijerph-15-01955.pdf>

34. Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar. [internet]. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. 2014. Disponible en:
http://www.observatoriodelainfancia.mscbs.gob.es/productos/pdf/MaltratoInfantil_accesible.pdf
35. Horno Goicoechea et al. Atención a los niños y niñas víctimas de la violencia de género. [Internet]. Madrid. Save the Children. 2006. Disponible en:
https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/atencion_violencia_genero_estatal.pdf
36. Tourné García M, Ruiz Hernández M, Escribano Sabater M^a C, Gea Serrano A, Salmerón Arjona E. Protocolo para la detección y atención de la violencia de género en AP. [Internet]. Murcia. 2007. Disponible en:
http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo_atencion_primaria_Murcia.pdf

ANEXO I Víctimas mortales como consecuencia de la violencia de género en España. (7, 11)



Ilustración 1

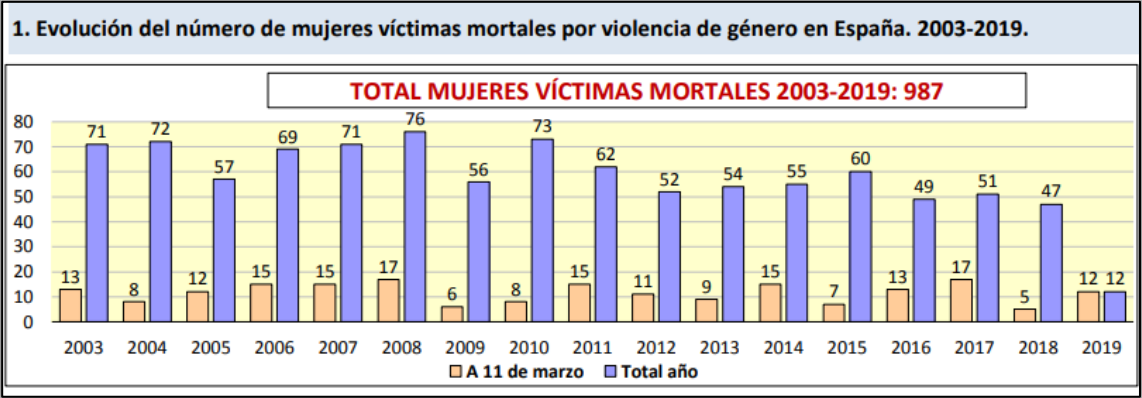


Ilustración 2

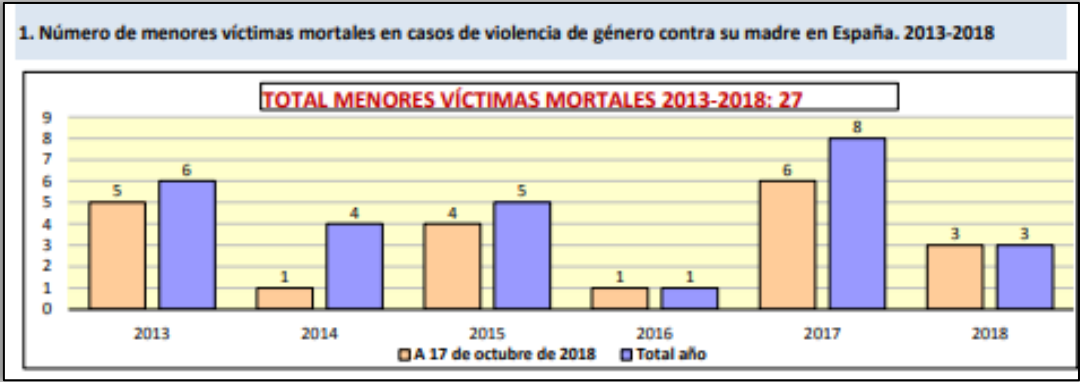


Ilustración 3

ANEXO II Resultados de la bibliografía consultada

| Título y año de publicación | Objetivo | Tipo de estudio | Muestra | Resultados obtenidos |
|---|--|---------------------|--|--|
| 1. Problemas de conducta infantil y competencias parentales en madres en contextos de violencia de género (2018). Dialnet | Evaluar si los menores atendidos junto a sus madres en casa de acogida, tras haber sufrido situaciones de violencia de género, presentan una mayor problemática de comportamiento que la población normativa. | Estudio transversal | N=46 menores de entre 6 y 16 años. | Existe una mayor problemática de conducta (internalizante y externalizante) en los menores que están expuestos a violencia de género, así como en aquellos cuyas madres presentan una baja implicación en la crianza del niño. El presenciar este tipo de conductas da pie a los menores a su aprendizaje, aumentando por lo tanto las conductas de agresividad o desobediencia por parte de estos. Esto conlleva la doble victimización de la madre. |
| 2. La exposición a violencia de género y su repercusión en la adaptación escolar de los menores (2015). Dialnet | Evaluar el grado de ajuste escolar de una muestra de menores que se encuentran acogidos en centros junto a sus madres, como consecuencia de haber sido expuestos directa e indirectamente a situaciones de violencia en el hogar. | | N=82 menores escolarizados de entre 3 y 18 años. | Un gran número de los menores que han presenciado violencia de género son a su vez víctimas directas de la agresión. El menor se ve afectado a nivel psicológico y funcional independientemente del tipo de exposición, produciéndole así desajustes a nivel escolar, tales como bajo rendimiento académico (39%), problemas de adaptación (38%) y comportamientos desafiantes hacia compañeros (15%) |
| 3. Impacto de la violencia de género en el estado de salud física y psicoemocional de los hijos (2014). Dialnet | Conocer la trayectoria científica vigente sobre las repercusiones físicas y psicoemocionales en menores que han sido, alguna vez, testigos de conflictos parentales y, en base a ella, reflexionar sobre las nuevas demandas que esta situación plantea. | | N=91 menores de entre 6 y 17 años. | Recientemente se ha considerado la exposición del menor a situaciones de violencia de género como una forma de maltrato directa de este. Generalmente los menores más vulnerables se encuentran en el rango de edad de entre 6 y 9 años, derivado del apego a la figura materna. Presenciar actos de violencia en el núcleo familiar produce en los niños alteraciones a nivel físico como problemas alimentarios, de crecimiento, conductas regresivas y, a nivel psicológico, emocional y cognitivo como miedo, baja autoestima o sintomatología depresiva. A su vez este desequilibrio afecta al nivel escolar y social del niño. |

| Título y año de publicación | Objetivo | Tipo de estudio | Muestra | Resultados obtenidos |
|---|--|------------------------------|----------------|--|
| 4. Alteraciones psicológicas en menores expuestos a violencia de género: prevalencia y diferencias de género y edad. (2013). Scielo. | Determinar el nivel de afectación psicológica que presenta una muestra de niños expuestos a violencia de género y remitidos al programa de intervención psicológica, así como las diferencias por sexos y tramos de edad. | | | Los menores que son testigos de violencia de género en su núcleo familiar presentan una serie de problemas asociados a la conducta, así como al desarrollo emocional del niño, siendo el porcentaje 5 veces mayor en comparación con la población normal. Estos problemas se diferencian en internalizantes y externalizantes, los cuales afectan en gran medida al ámbito social del menor (siendo este el problema más prevalente en la población estudiada), seguido de los problemas de atención o somatizaciones. Además, en algunos de estos existen diferencias significativas entre niños y niñas. |
| 5. Developmental variations in the impact of intimate partner violence exposure during childhood. (2016). Pubmed. | Describe the current research on outcomes associated with exposure to IPV for children at different developmental stages to underscore the intersection of developmental and environmental variables. | Review of empirical studies. | | 275 millones de niños a nivel mundial, están expuestos a situaciones de violencia de género. Existen diferentes áreas del desarrollo del menor que se ven afectadas en función de la etapa de desarrollo en la que se encuentran cuando son víctimas de los actos violentos. |
| 6. Anger-related dysregulation as a factor linking childhood physical abuse and interparental violence to intimate partner violence experiences. (2014). Pubmed | First aim: Address this gap in the literature using cross-sectional data from a large sample of young adults that included assessments of childhood exposure to physical abuse and interparental violence, experiences of IPV in current or former relationships and anger-related dysregulation. Second aim: explore these associations in men and women because there may be gender differences in psychosocial functioning and IPV risk following family violence exposure. | Structural equation | N= 670 adults. | El ser víctima de violencia de género durante la infancia, da lugar a una mayor vulnerabilidad de la persona, produciéndose alteraciones en el desarrollo y a la hora de afrontar los problemas. Esto se relaciona con un mayor riesgo de sufrir violencia de género en la edad adulta por medio de la dificultad para expresar y modular la ira cuando se enfrenta a problemas que le generan un mayor nivel de estrés o ansiedad. Además, existen diferencias en el sexo, siendo la mujer más vulnerable que el hombre. |

| Título y año de publicación | Objetivo | Tipo de estudio | Muestra | Resultados obtenidos |
|--|---|--------------------------------------|--|--|
| 7. Maternal mental quality of life mediates the association between intimate partner abuse against mothers and their children's behaviours and quality of life in low-income Chinese families. (2017). Cinahl. | To explore the association between maternal IPA and their children's HRQOL (health related quality of life) and behavioural problems, and then to establish a mediation model and investigate the mediating role of mother's HRQOL on this association. | | N= 197 mothers, 227 children. | La crianza de los hijos se ve afectada en aquellas madres que son víctimas de violencia por parte de su pareja, influyendo esta negativamente en el entorno en el que se desarrolla el niño. Por otro lado, las intervenciones llevadas a cabo directamente en el núcleo familiar mejoran la salud mental y el comportamiento del menor, así como su calidad de vida, minimizando las secuelas que se pueden desarrollar como consecuencia de la exposición a actos violentos. |
| 8. Problem- solving and mental health outcomes of women and children in the wake of intimate partner violence. (2014). Pubmed | Know the connection between the social problem-solving, skills and mental health of abused mothers, who sought help for the abuse through either District Attorney's office or a woman's shelter and their children behavioural outcomes | Cross sectional naturalistic design. | N= 285 women from 18 to 52 years, and children between 18 months and 15 years. | Las consecuencias negativas de la violencia de pareja afectan a todo el núcleo familiar, en especial a los más pequeños. Las irregularidades que surgen en el desarrollo de los niños se ven altamente relacionadas con aquellas que sufre la madre, unido esto, a la incapacidad de la mujer para solventar los problemas conductuales y emocionales del menor. Se ha observado una mejoría y disminución de los problemas de los hijos con las intervenciones llevadas a cabo con la madre. Además, a través de estas se potencian las habilidades y destrezas de la mujer para actuar frente a los problemas del menor. |
| 9. Maternal-child dyads of functioning: the intergenerational impact of violence against women on children. (2014) Cinahl. | Investigate the intergenerational impact abuse to mothers on their children's behaviour and to determine if increases in maternal behaviour are related to significant increases in child behaviour problems and the congruency of the dyad's problems. | Prospective study. | N= 300 mothers and their children between 18 months and 16 years. | Existe una gran relación entre los problemas que surgen en la madre, con la aparición de problemas en los hijos. La probabilidad de aparición de problemas internalizantes en menores es 2,5 veces mayor si la madre presenta problemas externalizantes como consecuencia de violencia de pareja, y 5 veces mayor de que se desarrollen secuelas en los diferentes aspectos del desarrollo en los niños. Por lo que las intervenciones dedicadas a la madre tendrán un impacto positivo en el desarrollo del menor. |

| Título y año de publicación | Objetivo | Tipo de estudio | Muestra | Resultados obtenidos |
|---|--|-----------------------|---|---|
| 10. Coping with domestic violence against children and adolescents from the perspective of primary care nurses (2016) Scielo. | To analyse the actions reported by primary care nurses against domestic violence against children and adolescents. | Qualitative approach. | Women between 30-55 years with higher education degrees in nursing. | Existen diferentes iniciativas para el abordaje de los problemas de violencia de género propuestas por las autoridades públicas, pero actuar con niños y adolescentes víctimas de violencia de género, genera en el personal sanitario sentimientos de miedo hacia el agresor. Además de lo llevado a cabo, es necesaria la implementación de programas educativos para los profesionales con el fin de afrontar este tipo de situaciones de una mejor forma pudiendo mejorar las condiciones de vida de estos menores, y garantizar los derechos de las víctimas. |
| 11. Mothers and children exposed to intimate partner violence: a review of treatment interventions. (2018) Pubmed | Mapping existing interventions for women who are directly affected by IPV, and their children who are secondary victims, and to build on similar existing work by further exploring how the structure and content of intervention programs can bring about change. | | N=19 | Las intervenciones llevadas a cabo han sido divididas en dos grupos diferentes, pero ambas con el fin de mejorar los problemas que aparecen en las mujeres y los hijos como víctimas de violencia de género. Por un lado, se observaron aquellas en las que se trataba al niño de forma separada de la madre, a través de las cuales se individualizó más el cuidado en función de las habilidades o mecanismos de afrontamiento a tratar. Mientras que, por otro lado, las de forma conjunta, favorecieron la interacción entre la madre y el hijo y se pudo observar la mejoría del menor gracias a la evolución de la madre. |
| 12. Menores expuestos a violencia de género. Cambios legislativos, investigación y buenas prácticas en España (2017). Dialnet | Analizar la situación actual de la intervención con los menores hijos de víctimas de violencia de género en España, tanto a nivel legislativo como en investigación y programas de intervención | | | En los últimos años se han producido una gran cantidad de cambios a la hora de intervenir con los menores víctima de violencia de género, gracias a la divulgación de los casos existentes. Además de la legislación a nivel nacional como la Ley Orgánica 1/2004, y su modificación en el año 2015, cada comunidad autónoma ha ido desarrollando diferentes programas de intervención, así como programas de formación para los profesionales encargados de intervenir. |

| Título y año de publicación | Objetivo | Tipo de estudio | Muestra | Resultados obtenidos |
|---|--|----------------------------|-------------------------------|--|
| 13. Menores, víctimas directas de la violencia de género (2016). Dialnet | Divulgar la cifra de menores fallecidos víctimas de violencia de género, así como elaborar un posible perfil victimológico. | | | Conocer el número de muertes de menores a causa de la violencia de género con el fin de visibilizar dicha problemática. La mayor parte de los menores maltratados son testigos diarios de vejaciones, humillaciones e incluso de agresiones físicas con resultado lesivo en su propio hogar. Se destaca la necesidad de intervención holística directa en el núcleo familiar, con el fin de detectar la presencia de violencia, así como la magnitud y repercusión en la mujer y el menor. |
| 14. Los niños como víctimas de la violencia de género (2015). Dialnet | Realizar una aproximación a la realidad de la intervención social con las menores víctimas de la violencia de género y comprobar la eficacia de las medidas de protección a raíz de la implementación de la Ley Orgánica 1/2004. | Investigación cualitativa. | | Para solventar las secuelas de la violencia de género los niños necesitan, además de la intervención a la madre, en la que se persigue potenciar su rol materno, una actuación dirigida específicamente a los menores, respetando en cada momento las características de la edad de cada niño. En la Ley de Protección Integral 1/2004, las líneas de actuación con los hijos no están claramente definidas y cambian en función de las posibilidades y los recursos materiales y humanos de cada municipio. |
| 15. Menores testigos de violencia entre sus progenitores: repercusiones a nivel psicoemocional. Dialnet | Analizar el impacto que puede tener para los hijos el haber estado expuestos a situaciones de violencia entre sus progenitores. | Estudio descriptivo | N=132 menores de 6 a 12 años. | Los menores que han experimentado situaciones de violencia entre sus progenitores presentan un mayor desajuste, a nivel psicoemocional y de conducta, que aquellos no expuestos a este tipo de situaciones. Además, se ha analizado el gran uso de los profesionales de salud mental con el fin de tratar los problemas en estos niños. |
| 16. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012. Ministerio de sanidad. | Establecer una pauta de actuación normalizada y homogénea para el Sistema Nacional de Salud (SNS), tanto para la detección precoz como para la valoración y actuación ante los casos detectados y el seguimiento de estos. | Protocolo | | |

| Título y año de publicación | Objetivo | Tipo de estudio | Muestra | Resultados obtenidos |
|---|--|---------------------------------|--|---|
| 17. La atención primaria frente a la violencia de género necesidades y propuestas. (2015) Ministerio de sanidad. | Estudiar los avances y problemáticas existentes en la detección, atención, derivación y seguimiento de la Violencia de Género en Atención Primaria atendiendo a una muestra aleatoria de todo el Estado español de profesionales de dicho nivel asistencial, con el objetivo de identificar y plantear propuestas que contribuyan a mejorar el sistema de atención a las mujeres que sufren violencia de la pareja o expareja. | Estudio descriptivo transversal | N= 347 | Analiza las diferentes barreras que existen en cuanto al abordaje de situaciones de violencia de género en atención primaria. |
| 18. Protocolo para la detección y atención de la violencia de género en Atención Primaria. (2007) Ministerio de sanidad. | Mejorar la atención prestada a las mujeres que sufren VG. | Protocolo | Mujeres que consultan en Atención Primaria | Mejorar la detección precoz de malos trato, la colaboración de los servicios de salud en la intervención integral de la mujer que padece VG (psicológica, sanitaria, jurídica y social), la identificación de maltratadores y el ofrecimiento de la ayuda disponible para cambiar sus conductas, la disminución de la variabilidad en la atención que se presta, la mejora en la coordinación multidisciplinar, la eficiencia en el uso de los recursos sanitarios, psicológicos y sociales y el registro y notificación de casos para su monitorización y vigilancia epidemiológica. |
| 19. Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar. (2014) Observatorio de la infancia. | Promover la coordinación interinstitucional para mejorar la atención a los menores de edad víctimas de maltrato familiar, evitando la victimización primaria y secundaria que pudieran sufrir en el proceso de intervención. | Protocolo | | Es importante compromiso y esfuerzo conjunto y decidido de las Administraciones y de los profesionales para mejorar los sistemas de detección y denuncia, pero, a su vez la implicación y alerta del entorno social de los menores de edad tiene que ser cada vez más consciente de la necesidad y urgencia de actuar de forma efectiva contra este grave problema que, en un gran número de ocasiones, es ocultado y en el propio ámbito familiar del menor. |

Fuente: Elaboración propia

ANEXO III Legislación autonómica sobre violencia de género desarrollada a partir de la L.O. 1/2004. ⁽¹²⁾

| CC.AA | Normativa |
|------------------------|--|
| Andalucía | Ley 13/2007 de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género. |
| Aragón | Ley 4/2007 de prevención y protección integral a las mujeres víctimas de violencia de género en Aragón. |
| Baleares | Ley 12/2006 de 20 de septiembre para la mujer que dedica el capítulo VI a la violencia contra las mujeres. |
| Canarias | Ley 16/2003 de 8 de abril de prevención protección integral de las mujeres contra la violencia de género. |
| Cantabria | Ley de Cantabria 1/2004 de 1 de abril, atención integral para la prevención de la violencia contra las mujeres y la protección de sus víctimas. |
| Castilla La Mancha | Ley 5/2001 de 17 de mayo de prevención de os malos tratos y de protección a las mujeres maltratadas. |
| Castilla León | Ley 13/2010 de 9 de diciembre contra la violencia de género en castilla y león. |
| Cataluña | Ley 5/2008 de 24 de abril de los derechos de las mujeres en la erradicación de la violencia machista. |
| Comunidad Valenciana | Ley 7/2012 de 23 de diciembre de la Generalitat, atención integral contra la violencia sobre la mujer en el ámbito de la comunidad Valenciana. |
| Extremadura | Ley 8/2011 de 23 de marzo de igualdad entre mujeres y hombres y contra la violencia de género en Extremadura. |
| Galicia | Ley 11/2007 de 27 de julio para la prevención y tratamiento integral de la violencia de género. |
| La Rioja | Ley 3/201 de 1 de marzo de prevención, protección y coordinación institucional en materia de violencia en La Rioja. . |
| Comunidad de Madrid | Ley 5/2005 de 20 de diciembre para la atención integral de violencia de género en la comunidad de Madrid. |
| Murcia | Ley 7/2007 de 4 de abril para la igualdad entre mujeres y hombres y de protección contra la violencia de género en la región de Murcia. |
| Navarra | Ley Foral 22/2002 de 2 de julio para la adopción de medidas integrales contra la violencia sexista, modificada por la Ley Foral 12/2003 de 7 de marzo. |
| País Vasco | Ley 4/2005 de igualdad de mujeres y hombres [Titulo III Cap. IV, dedicado a violencia de género] |
| Principado de Asturias | Ley 2/2011 de 11 de marzo para la igualdad de mujeres y hombres y la erradicación de la violencia de género. |

Fuente: Elaboración propia

ANEXO IV Posibles diagnósticos de enfermería que pueden surgir en víctimas de violencia de género tanto en la mujer como en el menor. ⁽⁹⁾

| Diagnóstico | Definición |
|---------------------------------------|--|
| Riesgo de lesión | Vulnerable a sufrir una lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona, que puede comprometer la salud |
| Afrontamiento familiar incapacitante. | Conducta de una persona de referencia (familiar, persona significativa o amigo íntimo) que inhabilita sus propias capacidades y las del paciente para abordar de forma eficaz las tareas esenciales para la adaptación de uno de ellos al cambio en la salud. |
| Ansiedad | Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la que con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza. |
| Baja autoestima situacional | Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual |
| Conflicto del rol parenteral | Experiencia parental de confusión y conflicto en el rol en respuesta a una crisis |
| Control de impulsos ineficaz | Patrón de reacciones rápidas, no planeadas, ante estímulos internos o externos sin tener en cuenta las consecuencias negativas de estas reacciones para la persona impulsiva o para los demás |
| Control emocional inestable | Impulso incontrolable de expresión emocional exagerada e involuntaria |
| Desesperanza | Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar la energía en su propio provecho |

| Diagnóstico | Definición |
|---|--|
| Deterioro de la interacción social | Cantidad insuficiente o excesiva, o calidad ineficaz de intercambio social |
| Deterioro del mantenimiento del hogar | Deterioro de la capacidad para el mantenimiento del hogar (p. ej., enfermedad, dolencia, lesión) |
| Déficit de actividades recreativas | Disminución de la estimulación (o interés o participación) procedente de actividades recreativas o de ocio |
| Déficit de autocuidado: alimentación. | Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de autoalimentación |
| Gestión ineficaz de la salud | Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar los objetivos de salud específicos |
| Gestión ineficaz de la salud familiar | Patrón de regulación e integración en los procesos familiares de un programa para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar objetivos de salud específicos |
| Insomnio | Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento |
| Interrupción de los procesos familiares | Cambio en las relaciones y/o en el funcionamiento familiar |
| Procesos familiares disfuncionales | Las funciones psicosociales, espirituales y fisiológicas de la unidad familiar están crónicamente desorganizadas, lo que conduce a conflictos, negación de los problemas, resistencia al cambio, solución ineficaz de los problemas y a una serie de crisis que se perpetúan por sí mismas |

| Diagnóstico | Definición |
|--|---|
| Riesgo de deterioro de la toma de decisiones independiente | Vulnerable a un proceso de toma de decisiones sobre los cuidados sanitarios que no incluye el conocimiento del afectado ni tiene en cuenta las normas sociales o que no acontece en un entorno flexible, teniendo como resultado una decisión insatisfactoria |
| Riesgo de deterioro parental | Vulnerabilidad del cuidador principal a la incapacidad para crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo del niño, que puede comprometer su bienestar |
| Riesgo de síndrome postraumático | Vulnerabilidad a la persistencia de una respuesta desadaptada ante un acontecimiento traumático, abrumador, que puede comprometer la salud |
| Riesgo de trastorno de la identidad personal. | Vulnerable a una incapacidad para mantener una percepción completa e integrada del yo, que puede comprometer la salud |
| Temor | Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro |

Fuente: Elaboración propia.